

Metodología Docente: Enseñar anamnesis y comunicación a estudiantes de 3º de medicina

Denizon S; Alvarez Montero S; Ruiz A, Blanco Canseco JM, Pouplana M, Holgado MS, Gámez Cabero MI, Monge Martín D, y Ruiz Moral R.

Profesores de métodos clínicos y médicos de familia Escuela de Medicina. Universidad Francisco de Vitoria. Madrid

Resumen: Artículo original de investigación sobre metodologías docentes. Programa docente para enseñar a alumnos de 3º de medicina a hacer una anamnesis, la historia clínica (redacción) y desarrollar una comunicación clínica básicas. Intervención educativa y estudio observacional descriptivo de tipo cualitativo: grupos de discusión. La intervención ofrece múltiples situaciones para entrenarse con Pacientes simulados, visualizar y autoevaluar sus intervenciones provocando en los alumnos discusiones significativas relacionadas tanto con aspectos claves de la anamnesis, historia clínica y comunicación clínica básicas.

Teaching methodology: Training in history taking and communication to 3rd year medical students

Summary: Original research article on teaching methodologies. Training program to teach 3rd year medical students for history taking (encounter and drafting) and developing basic clinical communication. Educational intervention and descriptive qualitative observational study: discussion groups. The intervention offers multiple situations to students for training in encounters with simulated patients, and for visualizing and self-evaluate their interventions. The whole process trigger significant discussions related to key aspects of history taking and basic clinical communication.



Introducción

La historia clínica es el fundamento principal de una intervención médica efectiva, en lo que se refiere a la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente. El ya clásico estudio de Hampton publicado en 1975 comprobó que entre un 66 y un 80% de los pacientes eran diagnosticados correctamente sólo por la historia clínica (1). Después de este estudio han aparecido otros que continúan demostrando que la historia clínica proporciona información suficiente para hacer el diagnóstico incluso antes de la realización del examen físico y las pruebas complementarias en la mayoría de los nuevos pacientes en contextos clínicos de medicina general o medicina interna (2). Las ventajas para el médico y el paciente de hacer una historia clínica personal y completa son muchas. Entre ellas se incluyen las propiamente relacionales, como establecer una relación respetuosa, sólida en el tiempo y empática, comunicando esperanzadoramente, para crear confianza a la vez que capacitar al paciente para afrontar de manera lo más autónoma posible sus problemas de salud. Además de estas ventajas, estarían las derivadas de una obtención de información pertinente y exhaustiva en relación a esos problemas de salud. De esta forma la frase '¿hacer una historia clínica?' (en inglés '¿take a medical history?'), común en la literatura anglosajona generalmente representa no solo recoger los contenidos claves de la historia médica del paciente (la tradicional anamnesis de nuestra cultura médica latina) si no desarrollar el acto de la entrevista médico-paciente (aspectos relacionados con la comunicación y la relación desarrollada en el encuentro)

Así, los programas educativos aplicados a este respecto tienen que ver en su mayoría con ambos componentes (contenidos y habilidades comunicativas) y representan aspectos indispensables de los currícula de medicina de los últimos años que se han desarrollado como una competencia fundamental en la mayoría de las escuelas de medicina de EE. UU. (3), Canadá (4), Alemania (5) y Reino Unido (6). Agencias de acreditación nacionales y diferentes consensos expertos han destacado la importancia de realizar una educación que tenga como eje la capacitación del estudiante de medicina en la realización de la historia clínica (7,8). Hoy en día, se sabe que las habilidades de entrevista se pueden enseñar si se usan los métodos educativos adecuados de los que los denominados "experienciales" son los más eficientes (9,10,11).

Sin embargo aunque muchos estudios han investigado la efectividad de diferentes métodos educativos para la enseñanza de la historia clínica, esta enseñanza sigue siendo un reto en la medida en la que aún hay importantes interrogantes no resueltos. Por ejemplo, de qué forma se pueden implementar los métodos educativos experienciales para que estos produzcan el menor "sufrimiento" posible en los aprendices (12-15) y sobre todo aspectos como de qué forma (considerando los recursos disponibles en cada lugar) y cuando (momento del curriculum en el que debe implementarse) (15,16) cuales estrategias concretas se pueden aplicar a entornos educativos siempre cambiantes y particulares o a determinados grupos de alumnos (17).

Desde hace ya varios años, nuestra escuela de medicina viene desarrollando un curriculum que enfatiza la formación en habilidades interpersonales de nuestros alumnos a lo largo del mismo (18). Resultados de diferentes intervenciones educativas concretas de este curriculum han sido objeto de evaluación en los últimos años (19-24). Un aspecto particularmente conflictivo ha sido cómo introducir la enseñanza de la historia-entrevista clínica en los alumnos aun sin experiencia ni conocimientos clínicos suficientes como son los de 3° de medicina, para así dotarles de las herramientas fundamentales que hagan posible iniciarse de manera lo más efectiva posible en las pasantías.

El presente estudio tiene como objeto describir la estructuración y los componentes fundamentales de un programa educativo en estos alumnos para capacitarles en la realización de la historia-entrevista clínica.

Enseñar Historia Clínica a los estudiantes de 3er curso

La enseñanza de la historia Clínica se introduce en el curriculum de grado de medicina en el 3er curso dentro de la asignatura de Métodos Clínicos I e integrada en la enseñanza de la semiología básica. En este nivel (primer cuatrimestre 3er curso) nuestros alumnos han adquirido los conocimientos y habilidades propios de la fase preclínica de la carrera. El curso tercero es particularmente importante en la transición y capacitación básica en "ciencia clínica", ya que se inician en el estudio de la fisiopatología, los grados síndromes, farmacología, epidemiología, etc. Sin embargo el momento en el que se les imparte este curso es al inicio del cuatrimestre por lo que los alumnos no han completado su formación en esos temas.

Métodos:

Participantes

Se ofreció el programa a 126 alumnos de 3° de medicina y fue impartido por 9 profesores médicos de familia. Se desarrollo durante dos meses (Septiembre y Octubre). Se recogió la información principal de las discusiones mantenidas en los talleres que posteriormente fue objeto de una revisión y análisis para obtener los aspectos más frecuentemente discutidos y los más relevantes (RR y AR).

Estructura y Actividades Docentes

El Programa forma parte de la formación obligatoria que reciben los alumnos de medicina de nuestra Facultad en el 3er curso, el año en que deben establecer el primer contacto con la clínica (aspecto este que inician inmediatamente después de esta formación) y que se desarrolla a lo largo de 6 semanas. Los alumnos reciben durante estas semanas una formación específica básica que integra por una parte los contenidos de la historia clínica tradicional (anamnesis) ("history taking?"), algunas habilidades básicas de proceso o habilidades comunicativas para desarrollar una entrevista centrada en el paciente ("clinical interviewing?") y sobre todo lo que supone el grueso principal de la asignatura MC I, formación en habilidades prácticas para la exploración física básica (semiología clínica) ("physical exam?").

El objetivo general de esta formación fue capacitar al alumno para que aprenda y emplee adecuadamente los componentes de la historia clínica tradicional en una entrevista con un paciente y sea capaz de redactarla en los términos correctos tanto en versión completa como orientada a problemas clínicos específicos. A la vez se introduce al alumno en los aspectos básicos comunicativos a desarrollar en un encuentro clínico con un paciente: habilidades comunicativas para obtener y ofrecer información clínica relevante y para establecer una relación médico-paciente adecuada.

Los talleres grupales son facilitados por profesores médicos de familia.

Componentes educativos del módulo

1. Sesiones Demostrativas y de trabajo en grupos pequeños (2). En una primera sesión se aborda la estructura de la historia clínica (anamnesis) entrevista y en una segunda las habilidades comunicativas básicas para establecer relación, obtener y ofrecer información. Mediante exposiciones y situaciones gatillo: descritas o clips de videos se ofrece a los alumnos la información relevante promoviendo la reflexión en el conjunto del grupo (clase completa) y en pequeños grupos de discusión formados ad hoc en este contexto general que se siguen de puestas en común al trabajo en grupos, mediante discusión y aporte de evidencias y racionalidad de las propuestas y estrategias.

2. Encuentros Individuales con PS (3): en el Centro de Simulación todos los alumnos realizan tres encuentros con tres PS que son videograbados tras los cuales deben de realizar la correspondiente historia clínica. Estos encuentros se llevan a cabo de una manera secuencial a medida que va desarrollando el programa docente de semiología, de forma que los problemas clínicos presentados en cada uno de ellos está en concordancia con la materia estudiada y entrenada en semiología. De esta manera las situaciones clínicas a las que se enfrentan los alumnos son: a) Paciente de 35 años mujer que acude a la consulta con dolor en muñeca derecha a consecuencia de una caída (eventual diagnóstico: fractura de escafoides) ; b) Paciente varón de 60 años con dolor torácico de dos meses de evolución y características típicas (eventual diagnóstico: angina inestable); c) Mujer de 35 años que consulta por cansancio y pérdida de peso de un mes de evolución (eventual diagnóstico: debut de una diabetes mellitus I). Los encuentros se realizan todos en un contexto clínico de medicina general y tienen una duración de entre 10 y 15 minutos, tras los cuales los alumnos disponen de entre 5-8 minutos para realizar la historia clínica escrita.

Tras realizar cada encuentro el alumno accede a su entrevista en el sistema online (Programa Learning Space) llevando a cabo una autoevaluación de su entrevista y del informe de historia clínica (Anexos 1, 2 y 3) que ha realizado para lo que sigue sendas planillas evaluativas modelo en las que se recoge los contenidos y apartados adaptados para cada uno de los encuentros e historias clínicas y donde el alumno comprueba su grado de actuación y cumplimiento.

3. Talleres grupales (3): una vez los alumnos han realizado esta autoevaluación, tiene lugar un taller grupal (30 alumnos) en el que se organizan en 4-5 subgrupos más pequeños (5-6 alumnos) y donde discuten tanto la experiencia del encuentro clínico como la de la realización de la historia. En la tabla 1 se exponen los contenidos abordados en este taller que es monitorizado por dos facilitadores (profesores) siguiendo los principios del aprendizaje en grupos pequeños.

Los PS pertenecen al Programa de PS de la Universidad, y recibieron previamente un entrenamiento para el desarrollo de los roles de unas 4 horas de duración en dos sesiones que sigue un protocolo (25). Los guiones de los roles se elaboraron siguiendo unas indicaciones específicas sobre la forma en la que el PS debía de ofrecer la información y estaban basados en casos clínicos reales elaborados por dos médicos clínicos.

Gráfico1: Secuenciación y características de las actividades docentes

Secuenciación y características de las actividades docentes

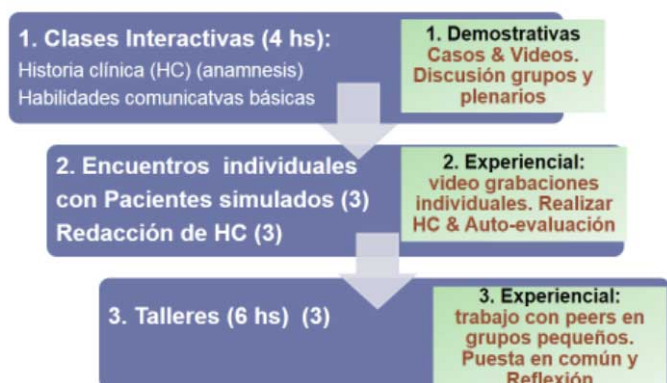


Tabla 1: contenidos abordados en el taller

Estructura de los Talleres y temas a abordar

- **Impresiones generales del encuentro (10')**
 - Preocupaciones previas al encuentro
 - Grado de comodidad y distractores
 - Principales dificultades encontradas y formas de resolverlas
- **Revisión/feedback entrevista (encuentro clínico) (15')**
 - Impresión sobre el encuentro cada una de las fases particulares de la entrevista.
 - Grado de comodidad y distractores durante el encuentro
 - Asuntos trabajados efectivamente
 - Asuntos olvidados o no bien trabajados
 - Principales dificultades: posibles causas y formas de solventarlas
 - Posibles repercusiones en el paciente y en la relación clínica
- **Revisión historia clínica: informe escrito (15')**
 - Temas no recogidos en la historia clínica? Causas
 - Dificultades para redactar la historia clínica. Posibles soluciones
 - Posibles repercusiones en el paciente de la pérdida de información
 - Posibles beneficios para el paciente, para el médico y el sistema sanitario la recogida correcta de la información

Resultados y discusión de los Talleres Grupales

En este artículo se exponen y se discuten los resultados de las discusiones mantenidas en los talleres grupales. Sin embargo también esta siendo objeto de evaluación (en proceso aún) los siguientes resultados: la percepción de cada PS sobre cada encuentro realizado, el último de los informes clínicos y las autoevaluaciones de los alumnos sobre cada uno de sus tres encuentros y sus tres informes fueron también recogidas y evaluadas (estos resultados se publicaran en breve).

Los temas discutidos en los talleres fueron recogidos siguiendo el esquema de desarrollo de los mismos. Estos talleres fueron facilitados por dos profesores médicos de familia de los que a la vez de dinamizarlos y dirigirlos recogieron los aspectos más relevantes que los alumnos trajeron para las discusiones, en relación a tres diferentes apartados abordados (impresiones generales, desarrollo de las entrevistas y redacción de la historia clínica).

Tras la primera entrevista los problemas y soluciones aportados por los alumnos en los aspectos generales fueron:

Incertidumbre algo nuevo (situación con un paciente) / practicar.
Incomodidad inicial / Familiarizarse con más experiencias.
Grabación / Ayuda a mejorar cuando la revisas.
Preguntas incómodas / Cómo hacerlas/ Habilidades concretas para ello.
Falta de naturalidad / Repetir experiencias aprovechando oportunidades.
Desconocer contenidos concretos para preguntar / Revisar contenidos estudiar.

En aspectos concretos del encuentro:

Gestión del tiempo / Reloj en consulta y estructurar la entrevista.
¿Qué es lo realmente importante a hacer con paciente concreto? / Según motivo de consulta. Ver objetivos previos. Preguntar listados de comprobación preestablecidos.
¿Hasta dónde preguntar?(profundidad de la indagación) Ej: Antecedentes familiares. / Según tiempo, necesidad clínica, paciente y construir confianza.
¿Cómo cerrar la consulta? / Despedida y dudas sobre el plan.
Transmitir seguridad y confianza dando razones explicando riesgos.

Persiste el nerviosismo y esto influye en los contenidos que recordamos y la forma de transmitirlos./ Autoconocimiento (conocimiento de nuestro estado) y ante esto parar o seguir? Se tu mismo se sincero. Mejor información previa al encuentro.

Estructurar la entrevista: orden y como seguir el orden cuando la pacientes saca otros motivos de consulta / Centrarte en motivo principal, preguntar ¿Algo mas? Aprender bien el protocolo de la historia clinica.

- Contenidos que han faltado de forma generalizada: Alergias, medicación, mecanismos de la fractura, medicación de herbolario, hábitos tóxicos, estilo de vida, antecedentes familiares y personales

Aspectos del Informe escrito:

No se que esquema seguir en el informe / aprender el protocolo de la historia clinica.

Se me olvida escribir cosas que si he hecho / Completar el informe al visualizar la entrevista en casa.

¿Cómo lo escribo? Encontrar las palabras justas. / Lo que dice el paciente entre comillas. Me he caido asi? hacer esfuerzo en describirlo, con el estudio y la experiencia iremos incorporando jerga médica correcta para informes.

En la 2ª y 3ª entrevista:

Impresión general

Hemos mejorado pero hay que mantener la ?tension?.

Falta de tiempo/gestión de tiempo: fragmentar tiempos, concretar preguntas, depende del motivo de consulta, explica al paciente que programas otra cita pero no es el momento ahora de explicarnos eso?

- En este caso nos hemos centrado en el problema concreto.

Si quieres mejorar: es necesario Reflexionar más.

En aspectos concretos del encuentro y del informe:

Algunos olvidos importantes: nombre, edad?

Otros menos importantes: antecedentes familiares, vacunas, cuantos paquetes tabaco, Depende del motivo de consulta.

Reparos en hacer preguntas. Explica tus motivos?

Nos falta lenguaje ?tecnico?. Describe lo más precisamente posible hasta que lo conozcas.

Estructura alterada de la historia clínica. Es una cuestión de tiempo y repetir?

Satisfacción con el proceso de enseñanza (Ultimos 15 min del último taller)

Alto en general.

De gran utilidad el entrevistar a PS sin la presión de que se trate de algo real en la planta de un hospital o Centro de Salud y además sin que se nos vaya a evaluar para nota sobre la bien o lo mal que lo hemos hecho, esto permite ir más relajado y ser más nosotros mismos.

Se sugiere ofrecer las clases de anamnesis y comunicación seguidas y no tan separadas (primera y ultima).

La clase de comunicación ayudaría así más en los encuentros con los pacientes

Los talleres muy utiles, especialmente el primero y el tercero. Tal vez se podría prescindir del segundo

Los talleres podrían sin embargo acortarse aunque los tres son interesantes

Lo que aportan los monitores a los talleres es sobre todo muy util desde un punto de vista práctico

Han sido grupos demasiado numerosos y eso tal vez ha disminuido la productividad y ha dificultado las dinámicas.

Los profesores mostraron mucha implicacion e interes (más que otros de otras asignaturas)

En conjunto, llama la atención que gran parte de los temas tratados y que más preocupaban a los alumnos tenían que ver no tanto con la información puntual de los diferentes contenidos de la historia clínica a la hora de ensayarla en el encuentro o de transcribirla en el formato ?historia clínica? como de aspectos propiamente de proceso o comunicativos con el paciente: como abordar con el paciente determinadas preguntas, cuando hacerlo, como gestionar el tiempo, como dedicarse a dar salida a todos los items de la historia sin que pareciese que estaba realizando un interrogatorio, como interesarse por otros aspectos relacionados con su problema

como su preocupación etc, como iniciar determinados bloques de la historia y como pasar a otros de manera natural, como ser delicados con determinadas preguntas o como preguntar aspectos que no parecen tener nada que ver con el problema que presentaba el paciente. El aspecto que mas les preocupaba a la hora de transcribir la información a la historia era la falta de argot técnico, es decir no saber términos clínicos para verterlos y así la descripción de la exploración aparecía complicada para ellos. También el dilema de que palabras usar para describir los síntomas del paciente si las expresiones propias de este y con las que este las manifestaba o interpretaciones sobre las mismas, otros aspectos tenían que ver con el estilo de escritura que debían usar si este debía de ser más o menos narrativo o si debían tratar de ser concisos y objetivos: ¿No tabaco?, o una mezcla de ambos. El uso de acrónimos era otro aspecto frecuente en las discusiones.

Conclusiones

En resumen el abordaje integral y práctico de la historia clínica utilizando reiterados encuentros individuales con PS con problemas clínicos sencillos, parece ser una metodología aceptada por los alumnos y provoca en ellos discusiones significativas relacionadas tanto con aspectos claves de la anamnesis, historia clínica y comunicación clínica básicas. Estos encuentros van siendo paralelamente enseñados en otras facetas de la asignatura (a la hora de enseñar la exploración física), junto con oportunidades para la auto-observación y autoevaluación así como la reflexión personal individual y compartida en seminarios en grupo. A la espera de conocer los resultados sobre el efecto producido sobre las habilidades adquiridas, parece adecuada para introducirla cuando se enseña a estudiantes de 3º en su primer cuatrimestre que aun no han tenido ninguna o muy escasa experiencia clínica.

Referencias

- ? **Hampton JR, Harrison MJG, Mitchel JRA et al** Relative contribution of history taking, physical examination, and laboratory investigations to diagnosis and management of medical outpatients. *BMJ* 1975;2:486-9
- ? **Schechter GP, Blank LL, Godwin HA, LaCombe MA, Novack DH, Rosse WF.** Refocusing on history-taking skills during internal medicine training. *Am J Med.* 1996;101:210-216
- ? **Novack DH, Volk G, Drossman DA, Lipkin Jr M.** Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools. Progress, problems, and promise. *JAMA.* 1993;269(16):2101-5.
- ? **Hatem DS, Barrett SV, Hewson M, Steele D, Purwono U, Smith R.** Teaching the medical interview: methods and key learning issues in a faculty development course. *J Gen Intern Med.* 2007;22(12):1718-24
- ? **Schildmann J, Kampmann M, Schwantes U.** Teaching courses on aspects of medical history taking and communication skills in Germany: a survey among students of 12 medical faculties. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 2004;98(4):287-92
- ? **Hargie O, Dickson D, Boohan M, Hughes K.** A survey of communication skills training in UK schools of medicine: present practices and prospective proposals. *Med Educ.* 1998;32(1):25-34
- ? **Association of American Colleges.** Learning Objectives for Medical Student Education: Guidelines for Medical Schools (MSOP Report). Washington DC: Association of American Medical Colleges; 1998.
- ? **General Medical Council.** Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education. London: General Medical Council; 1991
- ? **M. Berkhof, H.J. van Rijssen, A.J. Schellart, J.R. Anema, A.J. van der Beek** Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews *Patient Educ Couns*, 84 (2011), pp. 152-162
- ? **S.G. Henry, E.S. Holmboe, R.M. Frankel.** Evidence-based competencies for improving communication skills in graduate medical education: A review with suggestions for implementation *Med Teach*, 35 (2013), pp. 395-403
- ? **S. Smith, J.L. Hanson, L.R. Tewksbury, C. Christy, N.J. Talib, M.A. Harris.** Teaching patient communication skills to medical students: A review of randomized controlled trials *Eval Health Prof*, 2007;30:3-21
- ? **Beckman HB, Frankel RM.** The use of videotape in internal medicine training. *J Gen Intern Med* 1994;9(9):517-521.
- ? **Hargie O, Dickson D, Boohan M, Hughes K.** A survey of communication skills training in UK schools of medicine: present practices and prospective proposals. *Medl Educa* 1998.32(1):25-34
- ? **Nilsen S, Baerheim A.** Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it - a focus-group based qualitative study. *BMC Med Educ* 2005;5:28
- ? **Anvik T, Gude T, Grimstad H, Baerheim A, Fasmer OB, Hjordt Dahl P, et al.** Assessing medical students' attitudes towards learning communication skills ? which components of attitudes do we measure? *BMC Medical Education* 2007:4
- ? **Rees C, Sheard C.** Evaluating first-year medical students' attitudes to learning communication skills before and after a

communication skills course. *Med Teach* 2003;25(3):302-307.

? **Cleland J, Foster K, Moffat M.** Undergraduate students' attitudes to communication skills learning differ depending on year of study and gender. *Medical Teacher*. 2005; 27(3):246-251.

? **Ruiz Moral R, Caballero Martínez F, García de Leonardo C, Monge D, Cañas F, Castaño P.** Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina. La experiencia de la Francisco de Vitoria (Madrid). *Edu Med* 2017;18:289-297

? **Ruiz-Moral R, Pérula de Torres L, Monge D, García de Leonardo C, Caballero F.** Teaching medical students to express empathy by exploring patient emotions and experiences in standardized medical encounters. *Pat Edu Couns* 2017;100:1694-1700

? **Ruiz Moral R.** Percepción de estudiantes sobre su capacidad para dar 'Malas Noticias' tras un Programa Formativo específico. *Boletín de Educación Médica Doctor*. 2016, Noviembre.

<http://www.doctutor.es/2016/11/07/percepcion-de-estudiantes-sobre-su-capacidad-para-dar-malas-noticias-tras-un-programa-formativo-especifico/>

? **Ruiz Moral R.** Percepciones de los estudiantes de medicina sobre la entrevista sexual. *Boletín de Educación Médica Doctor*. 2016, Octubre. <http://www.doctutor.es/2016/10/06/percepciones-de-los-estudiantes-de-medicina-sobre-la-entrevista-sexual/>

? **Ruiz-Moral R, Caballero F, Monge D, García de Leonardo C.** Medical students attitudes towards communication skills learning. *Teaching and Learning Medicine* 2017 (submitted)

? **Ruiz-Moral R, Monge D, García de Leonardo C, Perula de Torres LA, Caballero F,** Promoting Health Promotion: Medical students perceptions about an educational program on behavioral change in Primary care. *Aten Primaria* 2017 (submitted)

? **Ruiz-Moral R, Monge D, García de Leonardo C, Caballero F** Medical students perceptions towards communication skills learning after two years experiential training program. *BMC Medical Education* 2017 (submitted)

? **Ruiz Moral R y Caballero Martínez F.** *FEM Edu Med* 2016